

## Gefährdungsmeldung Erwachsenenenschutz

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so vollständig wie möglich aus.  
Sie helfen uns damit, die Situation einzuschätzen.

### Betroffene Person:

Name, Vorname  
Geburtsdatum  
Postadresse  
PLZ/Ort

Telefon  
E-Mail

Zivilstand

Beruf

Sind folgende Dokumente vorhanden und wo befinden sie sich?

Vorsorgeauftrag

Patientenverfügung

### Meldende/antragstellende Person:

#### Datum:

Name, Vorname  
Postadresse  
PLZ/Ort

Telefon  
E-Mail

Funktion  
(bei Amts-/Fachstelle)

Erreichbarkeit

### Ihre Beziehung/Verwandtschaftsgrad zur betroffenen Person

Was melden oder beantragen Sie?

Welche Probleme liegen vor?

- altersbedingter Schwächezustand
- Suchterkrankung
- psychische Störung
- geistige Behinderung
- somatische Erkrankung
- andere Gründe:

Welche Unterstützung braucht betroffene Person aus Ihrer Sicht?

Was wurde bereits unternommen? Was war erfolgreich, was nicht?

Welche Stellen und Personen sind bereits involviert?

**Familiäre Situation der betroffenen Person**

Ist die betroffene Person verheiratet oder in eingetragener bzw. faktischer Partnerschaft?  
Ist ein/e Partner/in verstorben? Wenn ja, wann?  
Hat die betroffene Person Kinder? Besteht Kontakt zu den Kindern?  
Wie ist das Verhältnis zu den Kindern?  
Bestehen unverteilte Erbschaften?

**Beziehungsnetz der betroffenen Person**

Welche Beziehungen sind eine Unterstützung, welche eine Belastung? Weshalb?  
Welches ist die engste Vertrauensperson?

Weshalb wird die Meldung zum jetzigen Zeitpunkt eingereicht?

Wurde die betroffene Person über die Gefährdungsmeldung informiert?  Ja  Nein

Falls ja, wie war deren Reaktion?

Falls nein, was waren die Gründe, dass keine Information stattfand?

Wer wurde sonst noch über die Meldung informiert?

Hat die Person regelmässig Kontakt zu Fachstellen?  
Wenn ja, zu welchen (z.B. Spitex, Sozialdienst, Pro Senectute, Pro Infirmis, etc.)?

Ist andere Stelle bereits mit Abklärungen befasst?  
(z.B. im Rahmen eines Strafverfahrens)

Gesundheitliche Situation der betroffenen Person:

Hausarzt/Hausärztin, Psychotherapeut/in, Psychiater/in der betroffenen Person:

Ist bei der Abklärung durch die Behörde etwas Besonderes zu beachten? (z.B. Dolmetscher)

Anmerkungen:
Ort und Datum:
Unterschrift:
Beilagen:

Bitte schicken Sie uns das ausgefüllte Formular unterschrieben per Post an:  
**KESB Bezirk Affoltern, Sagistrasse 8A, 8910 Affoltern a.A.**

**Wichtig:** Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie ausdrücklich, das ausgefüllte Formular *NICHT* per E-Mail an die KESB zu senden.